

Департамент образования и науки Тюменской области
Государственное автономное профессиональное образование
учреждение Тюменской области «Тюменский медицинский колледж»

Тема: «Организация медицинского страхования в РФ»

Выполнила: студентка 40 группы, 2 бригады
Батыева Е.С.

Как известно, право на охрану здоровья граждан Российской Федерации государством определено Конституцией РФ. Это право имеют все граждане нашей страны (работающие и неработающие). С 1993 года в нашей стране появилась новая модель здравоохранения, которая предполагает целевой характер накопления и расходования финансовых средств на охрану здоровья и медицинского обслуживания населения, придает финансированию здравоохранения смешанный бюджетно-социально-страховой характер. Таким образом, появилась страховая система здравоохранения, при которой средства на здравоохранение формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей. Реформа в области здравоохранения является одной из важнейших составляющих, проводимых в России преобразований. При этом среди проблем, решение которых позволит повысить уровень здравоохранения, выделяется проблема поиска новых внебюджетных источников возмещения необходимых затрат на охрану здоровья граждан.

Долгое время единственным источником финансирования здравоохранения в нашей стране был государственный бюджет. Бюджетный метод финансирования ориентирован на возможности бюджета, а не на реальные расходы, складывающиеся в этой сфере. Привлечь дополнительные источники возможно, если изменить сам принцип финансирования данной отрасли, в частности организовав страховую медицину. Переход к страховой медицине обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении. Медицинское страхование позволяет человеку сопоставить необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья.

В мире существует 2 модели медицинского страхования: добровольное и обязательное. Добровольное страхование осуществляется в основном на коммерческой основе. При обязательном страховании каждый гражданин платит определенную долю личного дохода в виде страхового взноса (или за него это делает организация, предприятие). Независимо от величины этого взноса все граждане имеют равные права на получение определенного объема медицинской помощи, оплата которой производится за счет страховых средств.

Перед системой обязательного медицинского страхования стоят три основные задачи:

1. обеспечение равных возможностей получения медицинской помощи для всех жителей территории;
2. обеспечение финансовой устойчивости;
3. полный охват страхованием населения Российской Федерации.

Новая страховая система здравоохранения – это сложная структура, имеющая: свои собственные фонды (федеральный и территориальные), отлаженную систему финансирования в виде платежей (работодатели ежемесячно направляют 3,6% от фонда оплаты труда в Фонды) , обязательного медицинского страхования (ФОМС), систему подчиненности, способность к саморегулированию.

Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации») с 01.01.2011 утратил свою силу. Вместо него с того же дня вступает в силу Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», кроме отдельных положений, вступающих в силу с 01.01.2012.

Положения рассматриваемого Закона существенным образом изменяют систему оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ. Кроме того, реформирована вся система взаимодействия между субъектами и участниками обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). В отличие от Закона 1991 г, Федеральный закон N 326-ФЗ не регулирует деятельность по организации добровольного медицинского страхования.

Федеральный закон N 326-ФЗ в соответствии со ст. 1 и ст. 9 определяет правовое положение и регулирует деятельность следующих лиц:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Участники ОМС:

- 1) территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

Непосредственно страховые отношения складываются между субъектами ОМС. Между указанными лицами договор ОМС не заключается, правовые отношения возникают в силу закона. Участники ОМС осуществляют страховое обеспечение при наступлении страхового случая.

Система договоров в сфере ОМС

Федеральный закон N 326-ФЗ существенным образом изменил систему договорных связей между субъектами и участниками ОМС.

А) Договор страхования и полис ОМС

В соответствии с п. 1 ст. 940 ГК РФ договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Однако Федеральным законом N 326-ФЗ прямо не предусматривается заключение договора ОМС в такой форме. Обязательственные отношения между страхователем, страховщиком и застрахованными лицами складываются непосредственно в силу закона. В ГК РФ предусматривается, что договор страхования может заключаться путем выдачи полиса страховщиком, тогда как в Федеральном законе N 326-ФЗ установлено, что полис ОМС выдается страховой медицинской организацией.

Б) Договор о финансовом обеспечении ОМС

В соответствии с ч. 5 ст. 38 Федерального закона N 326-ФЗ территориальный фонд заключает со страховой медицинской организацией при наличии у нее списка застрахованных лиц договор о финансовом обеспечении ОМС. Согласно данному договору страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями территориальной программы ОМС за счет предоставленных ей территориальным фондом целевых средств. Денежные средства предоставляются по заявке страховой медицинской организации, исходя из расчета на количество застрахованных в данной организации лиц. Объем выделяемых денежных средств определяется в соответствии с тарифом, который утверждается уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом, представителями страховых медицинских организаций, медицинских организаций и профсоюзов медицинских работников.

Если необходимо предоставить дополнительные денежные средства вследствие изменения объективных обстоятельств, Территориальный фонд принимает решение о предоставлении дополнительных целевых средств или об отказе в этом после изучения отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств и проведения проверки с целью выяснения причин недостатка выделенных средств (ч. 7 - 9 ст. 38 Федерального закона N 326-ФЗ). Срок проверки не может превышать 10 дней с момента обращения страховой медицинской организации.

Территориальный фонд отказывает в предоставлении дополнительного объема целевых средств при выявлении следующих обстоятельств:

- 1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;
- 2) необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств;
- 3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

За невыполнение условий договора о финансовом обеспечении ОМС в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду штраф в размере 10 процентов от суммы средств, перечисленных ей за период, в течение которого установлены данные нарушения.

В) Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Выбирая страховую медицинскую организацию, человек, застрахованный в системе ОМС, тем самым выбирает и сотрудничающие с ней медицинские организации. Правовые связи между страховой медицинской и медицинскими организациями закрепляются при заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

В соответствии с ч. 5 ст. 39 Федерального закона N 326-ФЗ страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС. Согласно ч. 2 ст. 39 Федерального закона N 326-ФЗ по указанному договору медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется ее оплатить в соответствии с установленными тарифами. При этом в состав указанного тарифа будут включаться все статьи расходов медицинских организаций, за исключением капитальных вложений и приобретения дорогостоящего медицинского оборудования. Форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с Росстрахнадзором.

Выбор медицинской организации и страховой медицинской организации

Как следует из положений ч. 1 ст. 16 Федерального закона N 326-ФЗ, застрахованное лицо обладает широкими правами по выбору страховой медицинской организации и медицинской организации для оказания услуг по ОМС. Предусматривается, что застрахованные лица имеют право:

- 1) получить бесплатную медицинскую помощь от медицинских организаций при наступлении страхового случая;
- 2) выбрать страховую медицинскую организацию;
- 3) заменить страховую медицинскую организацию, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС;
- 4) выбрать медицинскую организацию из всех, участвующих в реализации территориальной программы ОМС. Выбор и замена страховой медицинской организации осуществляются застрахованным лицом либо его представителем путем обращения в выбранную организацию.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

Контроль качества оказания услуг медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС, в соответствии с положениями гл. 9 Федерального закона N 326-ФЗ, предполагается осуществлять в трех направлениях:

- 1) медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, территориальной программе ОМС, способам и тарифам на оплату медицинской помощи;
- 2) медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;
- 3) экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Отношения по ДМС так же, как и ОМС, относятся к социальному страхованию, преследующему цель организации и финансирования предоставления застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества, но по программам ДМС.

Однако ДМС не относится к государственному социальному страхованию из-за различия в реализуемых ими социальных интересов и различия форм собственности и организационно-правовых форм страховых организаций, осуществляющих социальное страхование.

Добровольное медицинское страхование – один из наиболее противоречивых видов страховой деятельности. С одной стороны, оно относится к личному страхованию, и его зачастую сравнивают со страхованием жизни, где объем обязательств страховщика заранее определен в договоре страхования. С другой стороны, специалисты справедливо относят его к рисковому виду страхования и сравнивают со страхованием имущества. Даже в зарубежной практике медицинскому страхованию отводят промежуточное место между страхованием жизни и рисковым страхованием, точнее, «иным, чем страхование жизни». В российской практике на представление о сути добровольного медицинского страхования значительное влияние оказывает существующая система обязательного медицинского страхования.

Низкий уровень доходов населения сказывается на состоянии здоровья, а значит, требуется не только разработка четкой концепции социальной и медицинской защиты, но и обеспечение этой концепции финансовыми ресурсами. Частично эти задачи и должна решить система медицинского страхования, концентрирующая в себе источники финансирования охраны здоровья посредством привлечения средств, формирования фондов страховых фирм, занимающихся ДМС.

Залогом успешного проведения ДМС является разработка страховых медицинских программ, позволяющих обеспечить сбалансированность между страховой стоимостью программы и перечнем предлагаемых медицинских услуг, а также разработка принципов расчета страховых взносов, обеспечивающих выполнение страховщиком своих обязательств по соответствующим договорам.